



HAL
open science

La non-observance nutritionnelle du patient atteint d'une maladie chronique : premiers éléments de compréhension

Patrice Cottet, Jean-Marc Ferrandi, Marie-Christine Lichtlé, V. Plichon

► To cite this version:

Patrice Cottet, Jean-Marc Ferrandi, Marie-Christine Lichtlé, V. Plichon. La non-observance nutritionnelle du patient atteint d'une maladie chronique : premiers éléments de compréhension. 33ème Congrès international de l'Association Française du Marketing, May 2017, Tours, France. hal-01900341

HAL Id: hal-01900341

<https://hal.umontpellier.fr/hal-01900341>

Submitted on 21 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**LA NON-OBSERVANCE NUTRITIONNELLE DU PATIENT ATTEINT D'UNE MALADIE CHRONIQUE :
PREMIERS ELEMENTS DE COMPREHENSION**

Patrice Cottet
Université de Reims, REGARDS
patrice.cottet@univ-reims.fr

Jean-Marc Ferrandi*
Oniris, LEMNA
jean-marc.ferrandi@oniris-nantes.fr

Marie-Christine Lichtlé
Université de Montpellier, MRM
marie-christine.lichtle@umontpellier.fr

Véronique Plichon
Université François-Rabelais Tours, VALLOREM
veronique.plichon@univ-tours.fr

* Auteur de correspondance : Jean-Marc Ferrandi, ONIRIS, Rue de la Géraudière, CS 82225,
44322 NANTES Cedex 3
Tél : 02 51 78 54 47 Fax : 02 51 78 54 35

Résumé : Malgré le coût des maladies chroniques pour la société et la possibilité d'une prévention par un meilleur équilibre alimentaire, très peu de travaux ont porté sur l'observance nutritionnelle. L'objectif de cette recherche est de comprendre les raisons de la non-observance nutritionnelle de patients atteints de maladie chronique, afin d'identifier les leviers d'action permettant de prévenir d'éventuelles complications. Une étude qualitative a été conduite auprès de 28 patients atteints d'une maladie chronique. L'analyse de contenu à l'aide du logiciel Alceste a permis de mettre en évidence 4 classes : la première se structure autour des « contraintes alimentaires » résultant des pathologies évoquées, la deuxième recouvre « la gestion de la non observance » et traduit les contradictions auxquelles sont confrontés les répondants, en raison, notamment, du caractère hédonique de l'alimentation. Les deux classes suivantes sont interdépendantes et concernent les causes de la pathologie et le suivi médical.

Mots clés : observance ; motivation ; nutrition ; santé

**THE NUTRITIONAL NON-COMPLIANCE OF PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES: FIRST BASIS
OF UNDERSTANDING**

Abstract: Despite the cost of chronic diseases and the possibility of a prevention by a better nutritional balance, few research has studied nutritional compliance. The aim of this research is to understand the reasons of the nutritional non-compliance of patients with chronic diseases, in order to identify actions which could be applied to prevent complications. A qualitative study was conducted: 28 chronic patients were interviewed. The content analyses with Alceste enabled to obtain 4 classes: the first one explains the "nutritional constraints" which result of the diseases, the second one represents the way the non-compliance is managed and the contradictions that respondents have to face, because of the hedonic characteristic of food, the two last classes are linked and related to the reasons of the disease and the medical care.

Keywords: compliance; motivation; health; nutrition.

LA NON-OBSERVANCE NUTRITIONNELLE DU PATIENT ATTEINT D'UNE MALADIE CHRONIQUE : PREMIERS ELEMENTS DE COMPREHENSION

En France, les maladies chroniques touchent 15 millions de personnes (environ 20% de la population)¹ et représentent 70 % des décès. Or, en éliminant les trois facteurs de risque (alimentation non équilibrée, sédentarité, tabagisme), 80 % des cas de cardiopathies, d'accidents vasculaires cérébraux et de diabète de type 2 seraient évités tout comme plus de 40 % des cancers². A ce titre, l'alimentation est apparue comme une des clés : le rapport de l'OMS (2003) "*Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques*" démontrait les liens directs entre l'alimentation et les maladies chroniques. Un régime alimentaire équilibré peut non seulement influencer l'état de santé dans lequel se trouve le patient, mais aussi jouer un rôle déterminant dans le fait qu'il développera ou non ces maladies au cours de sa vie (rapport OMS, 2003). Or, malgré l'ampleur des campagnes de prévention, malgré la mise en place d'éducation thérapeutique, y compris à l'école, il est difficile pour le patient (mais aussi pour la personne non malade ou à risque) d'observer son traitement, et plus particulièrement de suivre l'hygiène de vie recommandée par le corps médical. Plus de 80 % des patients atteints d'une pathologie chronique ne suivraient pas suffisamment les indications thérapeutiques permettant d'obtenir des bénéfices optimaux (Lamouroux et al., 2005). **L'observance constitue ainsi un enjeu de santé publique** dans la mesure où elle permet de réduire les facteurs de morbidité et de mortalité³. C'est aussi un réel **enjeu économique**. En France, la dépense de l'Assurance-maladie pour les malades chroniques s'élève à 9.200 euros par an et par personne, soit 90 milliards d'euros au total⁴. Le coût annuel de la non-observance médicamenteuse est estimé à 9 milliards d'euros (IMS Health, 2014⁵). L'amélioration d'un point sur une échelle d'observance permettrait d'économiser 787,5 millions d'euros (Etude du CRIP). Le défi d'aujourd'hui est d'atteindre les populations qui échappent à la prévention nutritionnelle, n'y adhèrent pas, voire résistent aux prescriptions et aux recommandations (Pavy et Caillon, 2013).

Nous inscrivant dans cette démarche, **l'objectif de ce travail** de recherche est de **comprendre les raisons de la non-observance nutritionnelle** chez les patients atteints de maladie chronique afin d'identifier les leviers d'action permettant de limiter et de prévenir les complications et/ou acutisations. Parce que peu de travaux ont porté sur l'observance nutritionnelle, il est nécessaire d'explorer ce champ. Dans ce but une étude qualitative auprès de 28 patients atteints d'une maladie chronique (diabète de type II, maladie de Crohn, hypertension, asthme...) a été conduite. Après une revue de la littérature sur l'observance, la méthodologie et les résultats seront exposés. En conclusion, les apports, perspectives et limites de cette première recherche seront abordés.

L'observance : le cadre conceptuel

Selon l'OMS (2003), résoudre le problème de la non-observance thérapeutique serait un progrès plus important que n'importe quelle découverte biomédicale⁶. En effet, l'observance reste faible

¹ Ministère de la santé (France) : www.sante.gouv.fr

² Organisation Mondiale de la Santé : http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/

³ Par exemple, dans les maladies cardio-vasculaires, une méta-analyse comprenant 21 études a montré qu'une bonne observance réduisait de moitié la mortalité (Ho et al., 2009).

⁴ http://www.lesechos.fr/19/04/2015/lesechos.fr/02117940227_le-tresor-alerte-sur-l-envol-du-cout-des-maladies-chroniques.htm#CgeUycgL3KiKZu9p.99

⁵ lecrip.org/2014/11/12/ameliorer-lobservance-trater-mieux-et-moins-cher-etude-ims-health-crip/

⁶ World Health Organization Adherence to long term therapies, time for action. Genève; WHO: 2003. 211 pages.

et varie selon les pathologies chroniques : 13 % pour les asthmatiques, 36 % pour les insuffisants cardiaques, 40 % pour l'hypertension artérielle (IMS Health, 2014) ou 59 % pour les diabétiques de type 2 (ARS⁷, 2016)

Définition et variables explicatives

L'inobservance thérapeutique peut être définie comme l'absence d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions médicales concernant le régime prescrit, l'exercice ou la prise de médicaments (Morris et Schultz, 1992). Dans la très grande majorité des cas, les chercheurs se sont essentiellement focalisés sur l'observance médicamenteuse et ont tenté d'en comprendre les leviers. Leurs résultats divergent. Ceci s'explique notamment par les différences dans le choix de la mesure de l'observance (méthodes directes versus méthodes indirectes)⁸ (Mbaye et al., 2013), mais aussi par la variabilité des maladies chroniques étudiées. Toutefois, certains facteurs explicatifs ont été mis en évidence (Kardas et al., 2013 ; Reach et al., 2015) :

1. les caractéristiques individuelles avec les caractéristiques sociodémographiques, culturelles, les facteurs psychosociologiques et anthropologiques, les motivations, la connaissance de la maladie, les croyances et les attitudes face à la maladie, la perception du risque, la gravité de la pathologie traitée, les représentations mentales sur le médicament et la maladie... (Kulkarni et al., 2006 ; Languerand, 2015⁹ ; Mbaye et al., 2013 ; Allaer, 2004 ; Ferreira et al., 2010) ;
2. les caractéristiques environnementales à travers le rôle de l'entourage et des aidants (Allaert, 2004) ;
3. les caractéristiques de la thérapie avec notamment le protocole médicamenteux (Jackevicius et al., 2008 ; Kulkarni et al., 2006), les séjours à l'hôpital (Gehi et al., 2007), le prix du médicament et son remboursement (Eaddy et al., 2012)
4. les facteurs liés aux acteurs participant aux soins (médecins, équipe de soin, pharmaciens...) (Reach, 2006 ; Miramond, 2012).

Il est à noter que, selon l'Académie Nationale de Pharmacie (2015)¹⁰, les aspects sociaux et comportementaux sont tout particulièrement déterminants dans l'explication de l'observance. Il en est de même du statut psychologique (notamment l'état dépressif de l'individu).

L'adhésion, ou la non adhésion du malade chronique et ses conséquences sur l'observance, peut être consciente ou inconsciente, intentionnelle (pause ou « vacances ») ou involontaire (oubli). L'adhésion varie dans le temps et peut s'opposer à la pratique quotidienne (dissociation entre l'adhésion et les actes).

Certaines études ont expliqué la non-observance nutritionnelle par la résistance ou la réactance aux soins ou au médecin (Fogarty, 1997). Dans la société actuelle, la relation médecin-patient a beaucoup évolué et ce dernier est de plus en plus résistant à « l'autorité médicale ». On est ainsi passé d'une autorité incontestable à laquelle le malade se soumettait (« exécutait

⁷ Etude Agence régionale de la santé de l'Île de France - IMS Health : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Observance-medicamenteuse-des.193196.0.html>

⁸ Par exemple, pour savoir si un patient coronarien suit son traitement, il est possible d'étudier les métabolites et les concentrations des médicaments dans le sang ou dans les urines du patient. Les méthodes indirectes comprennent les questionnaires, l'auto-évaluation, le décompte des comprimés restants, la fréquence de renouvellement des ordonnances et les piluliers électroniques. La ponctualité au rendez-vous peut être une mesure, même si elle est très peu utilisée.

⁹ Propos d'Emeric Languerand, psychologue et psychothérapeute à l'Hôpital Sainte-Anne et Ancien Président de l'AFDEM, lors de la 8^{ème} Conférence Eduthera « Adhésion des patients, Observance thérapeutique : le temps de l'action » Mardi 31 mars 2015

¹⁰ Rapport de l'Académie Nationale de Pharmacie « Observance des traitements médicamenteux en France », Rapport adopté par le Conseil de l'Académie nationale de Pharmacie le 15 décembre 2015

l'ordonnance ») à une « coopération » respectueuse. Eclairé par les informations des professionnels de santé, le patient est devenu le principal décisionnaire. Si le suivi et la rééducation participent au changement, ils ne semblent pas suffisants. Le passage à l'acte et l'adhésion ne sont donc plus automatiques.

De l'observance médicamenteuse à l'observance nutritionnelle

Très rares sont les études qui ont tenté d'intégrer le régime alimentaire (Beto et al., 2016 ; Fournier, 2011). Dans une étude sur des patients atteints d'une maladie coronarienne, Mbaye et al. (2013) montraient que les facteurs explicatifs de l'observance médicamenteuse (niveau de connaissance de la maladie, gravité de la maladie, niveau de couverture sanitaire) ne sont pas tout à fait les mêmes que les facteurs influençant l'observance au régime alimentaire (seule la connaissance de la maladie étant significative dans le premier cas). Une autre conclusion est que le patient observe plus facilement son traitement médicamenteux (56.2%) que son régime alimentaire (42%).

Les modèles

Différents modèles ont été développés dans le domaine de la santé pour appréhender et encourager les changements de comportement, notamment en matière de prévention (Fointiat et Barbier, 2015)

Le modèle des croyances relatives à la santé, ou Health Belief Model (Rosentock, 1960), est un des premiers modèles psychosociaux à chercher à expliquer et prédire les comportements de santé. Il s'intéresse en particulier aux probabilités qu'aura le patient de suivre les recommandations de prévention de santé et de modifier son comportement. Pour que le patient prenne la décision d'agir, il faut qu'il perçoive une menace pour sa santé, qu'il se sente concerné et/ou qu'il croie en l'efficacité de l'action qu'il va entreprendre pour réduire cette menace et en sa capacité à agir convenablement.

Selon les tenants du modèle des stades de changement (Prochaska, DiClément et Norcross, 1992) le changement de comportement peut être non-linéaire et n'est pas nécessairement pérenne. L'individu n'est pas toujours prêt à changer de comportement en même temps que les autres. Il peut aussi modifier son comportement aujourd'hui et revenir demain au précédent. En « mouvement » le changement se décompose en plusieurs étapes : pré-contemplation (l'individu ne voit pas le problème et n'a donc pas de raison de changer) ; contemplation (il prend conscience et envisage de changer dans un futur proche) ; préparation (conscient, il envisage les avantages et inconvénients du changement et la manière de passer à l'action) ; action (il commence à réaliser les nouveaux comportements) ; maintien (il continue à réaliser les comportements attendus (ou les nouveaux comportements)) ; fin (les nouveaux comportements sont intériorisés et deviennent une habitude) ; mais une autre fin est possible (il rechute et repart alors de la contemplation).

Les tenants du modèle des habitudes (Verplanken et Aarts, 1999) considèrent que, pour que les gens adoptent un comportement, l'envie (la motivation) n'est pas en soi suffisante. Les individus doivent aussi avoir la capacité d'agir. Quatre modes d'intervention sont envisagés dans cette démarche centrée sur l'individu selon le degré de motivation et la capacité d'action de l'individu : le renforcement, l'incitation, l'aide et la cause perdue. Dans 65 % des cas nous agissons selon nos habitudes, sans nous en rendre nécessairement compte (Townsend et Bever, 2001) : nous pouvons effectivement nous demander à quand remonte la dernière fois où nous avons fait quelque chose pour la première fois. Les auteurs définissent l'habitude comme « une

séquence apprise d'actions qui deviennent des réponses automatiques à des situations particulières, et qui est fonctionnelle pour atteindre certains buts ou états » (p. 104). Elle est déclenchée par des indices dans un contexte stable (temps, lieu, humeur, état physiologique, pratiques sociales ou culturelles). En pratique, l'usage ou un comportement « mauvais » reposerait sur trois piliers : la répétition, l'automatisme et le contexte. Il serait une forme de réponse (ou conséquence) à des mécanismes non conscients, cognitivement économiques (Bargh, 2004). Le changement demande donc de la volonté, une intention, une motivation. Pour qu'une habitude soit modifiée, le changement doit intervenir au moment opportun...

Méthodologie et résultats

L'outil de recueil de données

La dimension exploratoire de cette recherche nous a conduits à nous appuyer sur l'entretien semi-directif comme outil de recueil d'information. Le cœur de notre guide d'entretien est composé de trois axes. Le premier vise à remémorer et contextualiser la découverte de la pathologie, le deuxième porte sur les incidences alimentaires imposées par la maladie, et le troisième recouvre les comportements d'observance ou non vis-à-vis des normes médicales imposées ou conseillées.

Les discours des consommateurs ont été intégralement retranscrits. Le principe de saturation sémantique a conduit à un échantillon de 28 interviewés et couvre une diversité de situations pathologiques (le diabète de type II étant toutefois le plus présent) et de strates d'âge (l'âge moyen est de 55 ans, minimum = 22 ans, maximum = 81 ans, l'écart type est de 18,18). Le corpus est de 27 202 mots. Les interviews se sont déroulées à domicile afin de mettre le répondant dans un contexte favorable. La durée des entretiens a oscillé entre trente minutes et plus d'une heure.

L'analyse lexicologique

Le corpus a été analysé à l'aide du logiciel Alceste. 78 % des unités textuelles ont été classées ce qui constitue un indice de pertinence très satisfaisant dans ce cadre d'investigation. Quatre classes regroupant les énoncés significatifs ont été identifiées. Une double classification a été effectuée afin de s'assurer de la stabilité des classes obtenues. Les classes sont présentées ci-dessous selon leurs poids textuels et leurs intitulés s'appuient sur les mots emblématiques.

La classe 2 (57 % des unités textuelles) recouvre « **la gestion de la non-observance** ». En effet, le terme dominant est « écart ». Il est associé aux vocables suivants : faire plaisir, gens, attentif, difficile, envie. Ce champ lexical traduit les contradictions auxquelles sont confrontés les répondants : d'un côté, succomber aux tentations alimentaires interdites par les prescriptions médicales (d'où les termes : se faire plaisir, envie, difficile de résister) et de l'autre présenter une image de soi irréprochable (être attentif aux recommandations, aux « gens » (famille, corps médical). En ce sens, certains répondants développent des stratagèmes proches de la théorie de la neutralisation (Odou et Bonnin, 2014) pour psychologiquement et socialement être en cohérence avec eux-mêmes, et ce malgré des comportements transgressifs épisodiques bien que présentant des risques. Cette classe illustre aussi les motifs de la non-observance car, comme l'évoque Lepisto (2006) au travers de son auto-analyse ethnographique, le choc d'un diagnostic médical implique, en autres, un rapport à l'alimentation basculant de la sphère hédonique à un registre plus fonctionnel. La non-observance permet ainsi, ponctuellement, de ne pas renoncer définitivement aux gratifications hédoniques procurées par l'acte de manger. Enfin, la théorie de la motivation-protection (Henson et al., 2010) pourrait expliquer ce discours d'arbitrage mis en œuvre par les patients. En effet, cette théorie postule que, face à un acte envisagé (ici transgresser la prescription), quatre processus cognitifs sont activés : l'estimation de la gravité

des conséquences, l'évaluation de la probabilité du danger, l'appréciation de l'efficacité de l'option retenue et la capacité individuelle à adopter le comportement choisi.

Le discours de la classe 1 (20% des unités textuelles) se structure autour des « **contraintes alimentaires** » résultant des pathologies évoquées (diabète, maladie de Crohn, hypertension, hypothyroïdie, hypercholestérolémie, polyarthrite rhumatoïde, etc.). Le mot caractéristique est « légume » auquel sont accolés les termes de : fruit, viande, féculent, pâte, yaourt, vert. Le régime à suivre est bien intériorisé et décrit avec de nombreux détails. Il est d'autant plus affirmé que ses bienfaits sont bien perceptibles par les patients. Le degré pathologique est bien sûr une variable à prendre en compte. Toutefois, la parfaite connaissance de la norme ne conduit pas à son strict respect comme le souligne la classe 2. Mais ce discours montre aussi le dispositif de « capabilisation » qui se met en place : le patient effectue ses choix d'aliments en étant un acteur de sa santé (Giesler et Veresiu, 2014). Le contexte des verbatim souligne également que le discours des professionnels de la santé est primordial car il personnalise les injonctions nutritionnelles ambiantes, ce que confirment Simunaniemi *et al.* (2013) dans leurs travaux sur la perception des fruits et légumes.

Les deux classes suivantes sont interdépendantes et relatives aux causes et au suivi médical. La classe 3 (14% des unités textuelles) saisit spécifiquement l'origine des contraintes alimentaires dues au diagnostic : « **le monde médical** ». Ainsi, le mot médecin est le plus cité et structure cette classe. Les verbatim complémentaires sont : mois, chirurgien, voir, injecter, généraliste, hôpital. La classe 4 (9% des unités textuelles) est plus marginale et fait écho aux « **pratiques médicales** » qui ont conduit au diagnostic et au suivi de la pathologie. Le mot sang est l'élément fédérateur de cette classe. Les mots dominants sont : prise, taux, résultat, matin, tension, élevé.

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en évidence les motivations et freins à l'observance nutritionnelle, mais également la perception des patients concernant le suivi médical. La découverte d'une pathologie entraîne l'obligation de suivre un régime alimentaire particulier, et est souvent perçue comme une contrainte alimentaire imposée par le milieu médical. Par ailleurs, les motifs de la non-observance nutritionnelle, liés, en grande partie, au caractère hédonique de l'alimentation ont été mis en évidence.

Cette recherche a un apport théorique : les travaux antérieurs portant sur cette thématique se sont principalement intéressés à l'observance médicamenteuse et dans un but de prévention, il était important et novateur de mettre l'accent sur l'observance et la non-observance nutritionnelle.

Il s'agit toutefois d'une première étape exploratoire. Ce travail sera poursuivi par une étude quantitative auprès de malades ou de personnes à risque, en adoptant une perspective holistique permettant d'intégrer les différentes dimensions de l'observance (médicamenteuse, sportive et nutritionnelle).

L'enjeu est donc d'améliorer la communication entre le médecin et le patient (Sommer *et al.*, 2016) au travers de son adhésion aux recommandations (traitements) pour améliorer sa qualité de vie et son bien-être. Il s'agit de l'aider à concrétiser ses attitudes, pensées et représentations par la réduction de sa distance psychologique et temporelle perçue envers les régimes, l'observance des recommandations et prescriptions (Trope et Liberman, 2010). Enfin, l'objectif sera d'évaluer les leviers actuels mis en place pour lutter contre la non-observance, de proposer une communication adaptée et des outils technologiques et originaux contribuant à une plus grande adhésion et observance nutritionnelle des patients et des personnes à risque.

Références

- Allaert F.A. (2004), Influence du profil sociodémographique et clinique des patients dyslipidémiques sur leur adhésion aux règles d'hygiène alimentaire associées au traitement hypocholestérolémiant, Enquête Nutivast, *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 53, 279–89.
- Bargh J.A. (2004), Being here now: Is consciousness necessary for human freedom?, in Greenberg, Koole et Pyszczynski (Eds.), *Handbook of Experimental Existential Psychology*, New York: Guilford Press, 385-397.
- Beto JA., Schury KA et Bansal VK. (2016), Strategies to promote adherence to nutritional advice in patients with chronic kidney disease: A narrative review and commentary, *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 9, 21-33.
- Eaddy M.T., Cook C.L. et O'Day K. Burch S.P., et Cantrell C.R. (2012), How patient cost-sharing trends affect adherence and outcomes. A literature review, *Pharmacy and Therapeutics*, 37, 45-55.
- Ferreira C., Gay MC, Regnier-Aeberhard F. et Bricaire F. (2010), Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminantes de l'observance chez les patients VIH, *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 25-33.
- Fogarty J.S. (1997), Reactance theory and patient noncompliance, *Social Science and Medicine*, 45, 8, 1277-1288.
- Fointiat V. et Barbier L. (2015), Persuasion et influence : changer les attitudes, changer les comportements : regards de la psychologie sociale, *Journal d'Interaction Personne-Système*, 4, 1, 1-18.
- Fournier T. (2011), Une sociologie de la décision alimentaire. L'observance diététique chez des mangeurs hypercholestérolémiques, Thèse de Doctorat de Sociologie, Université de Toulouse II.
- Gehi A.K., Ali S., Na B. et Whooley M.A. (2007), Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: the heart and soul study, *Archives of Internal Medicine*, 167, 1798–803.
- Giesler M. et Veresiu E. (2014), Creating the responsible consumer: moralistic governance regimes and consumer subjectivity, *Journal of Consumer Research*, 41, 3, 840-857.
- Henson S., Cranfield J. et Herath D. (2010), Understanding consumer receptivity towards foods and non-prescription pills containing phytosterols as a means to offset the risk of cardiovascular disease: an application of protection motivation theory, *International Journal of Consumer Studies*, 34, 28–37.
- Ho PM, Bryson CL & Rumsfeld JS. (2009), Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 119, 3028-3035
- Jackevicius C.A., Li P. et Tu J.V. (2008), Prevalence, predictors and outcomes of primary non adherence after acute myocardial infarction, *Circulation*, 117, 1028–1036.
- Kardas P., Lewek P. et Matyjaszczyk M. (2013), Determinants of patient adherence ; a review of systematic reviews, *Frontiers in Pharmacology, Pharmaceutical Medicine and Outcomes Research*, 4, 91, 1-16.
- Kulkarni S.P., Alexander K.P., Lytle B., Heiss G. et Peterson E.D. (2006), Long term adherence with cardiovascular drug regimens, *American Heart Journal*, 151, 185–191.

- Lamouroux A., Magnan A. et Vervloet D. (2005), Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ?, *Revue des Maladies Respiratoires*, 22, 31-34.
- Lepisto L. (2006), The transition to a special needs consumer: my ethnographic journey caused by celiac disease and diabetes, *Advances in Consumer Research*, 33, 660-664.
- Mbaye A., Koukaba Ntontolo F.L., Diomou A.F. , Bodian M. , Ndiaye M.B., Kane A., Yaméogo N.V., Pessinaba S., Sarr S.A., Dioum M., Thiam A., Hakim R., Diao M, Kane A. (2013), Prévalence et facteurs liés à l'observance thérapeutique chez des patients noirs africains coronariens stables, suivis en ambulatoire en service de cardiologie de Dakar au Sénégal, *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 62, 17-21
- Miramond M. (2012), Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge des dyslipidémies : de la sécurisation à l'accompagnement, Thèse en pharmacie, Faculté de Pharmacie de Grenoble.
- Morris LS, Schultz RM (1992), Patients compliance on overview, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 17, 283-295.
- Odou P. et Bonnin G. (2014), Les stratégies de neutralisation de la pression normative par les consommateurs : le cas du téléchargement illégal, *Recherche et Applications en Marketing*, 1, 114-133.
- Pavy B. et Caillon M. (2013), L'éducation nutritionnelle du patient coronarien en pratique, *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 62, 5, 316-321.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. et Norcross, J.C. (1992), In search of how people change: Applications to addictive behaviors, *American Psychologist*, 47, 9, 1102-1114.
- Reach G. (2006), *Clinique de l'observance, l'exemple des diabètes*, Paris : John Libbey Eurotext.
- Reach G., Meynier DG, Darné B. et Herpin D. (2015), Facteurs associés à la non-observance chez les hommes et chez les femmes hypertendus non contrôlés, *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 64, 222-226.
- Rosenstock I. (1960), What research in motivation suggests for public health, *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 50, 295-302.
- Simunaniemi A-M., Sandberg H., Andersson A. et Nydah M. (2013), Normative, authentic, and altruistic fruit and vegetable consumption as weblog discourses, *International Journal of Consumer Studies*, 37, 66-72.
- Sommer J, Lanier C, Perron NJ, Nendaz M, Clavet D. & Audétat MC. (2016), A teaching skills assessment tool inspired by the Calgary-Cambridge model and the patient-centered approach, *Patient Education and Counseling*, 99, 600-609
- Townsend D. J. et Bever T. G. (2001), *Sentence comprehension*, Cambridge, MIT Press.
- Trope Y. et Liberman N. (2010), Construal-level theory of psychological distance, *Psychological Review*, 117, 2, 440-463.
- Verplanken, B. & Aarts, H. (1999), Habit, attitude and planned behavior: Is habit an empty construct or an interesting case of goal-directed automaticity?, *European Review of Social Psychology*, 10, 101-134.